

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°
6

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

DIENGOTT Daniel

Né le 24 Mars 1913 à Bolechow (Pologne)

**Des Aspects Cliniques
de la Fissure à l'Anus
et de
son Traitement Ambulatoire**

Président : M. CARNOT, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

DIENGOTT Daniel

Né le 24 Mars 1913 à Bolechow (Pologne)

Des Aspects Cliniques de la Fissure à l'Anus et de son Traitement Ambulatoire

Président : M. CARNOT, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1938

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTIN
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	} H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

LINE Pathologie chirurgicale.
 ETY Pathologie médicale.
 RD (Henri) .. Pathologie médicale.
 IARD Etienne. Pathologie médicale.
 IN Pathologie médicale.
 IARD Histologie.
 ALA Pathologie médicale.
 ALLIER Pathologie médicale.
 TE Pathologie médicale.
 ON Physique.
 trologie.
 CK Pathologie chirurgicale.
 IARD Parasitologie.
 INEL Bactériologie.
 AUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GENNES Pathologie médicale.
 T Physiologie.
 UD Histologie.
 ENAU Pathologie médicale.
 HEN Oto-rhino-laryngologie.
 RD Pharmacologie.
 ENIN Anatomie pathologique.
 NON Hygiène.
 E (Henri) Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AVE Pathologie chirurgicale.
 UET Pharmacologie.
 LEY-BERT , Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educacion physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS

A M. le PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage de respectueuse
reconnaissance.*

A notre maître M. le DOCTEUR JEAN RACHET

Médecin des Hôpitaux.

*Qui nous a inspiré ce travail,
nous a guidé de ses conseils et nous
a aidé avec une bienveillance inlas-
sable. Nous le prions d'accepter ce
témoignage de notre très vive et
profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- 1933 M. le Professeur Mathieu.
- 1934 M. le Professeur Achard.
- 1934 M. le Professeur Baudouin.
- 1935 M. le Professeur Gosset.

EXTERNAT

- 1935 M. le Docteur H. Janet.
- 1935 M. le Docteur Picot.
- 1936 M. le Docteur L. Bernard.
- 1936 M. le Docteur P. Chevallier.
- 1937 M. le Docteur Laederich.
- 1938 M. le Docteur Levy-Valensi.

A Messieurs les Docteurs AUROUSSEAU, DE SEZE,
WORMS et COLLIN.

INTRODUCTION

La fissure anale est connue depuis un peu plus de cent ans, elle a été décrite avec son syndrome caractéristique. Son traitement également est déjà classique; mais ces dernières années la question a été reprise surtout à propos de son traitement, mais aussi au point de vue de sa classification et à côté de la forme classique, avec son syndrome si net, on en a décrit d'autres formes.

Il nous a semblé intéressant de rassembler tous ces faits dans un travail d'ensemble, et surtout d'indiquer les traitements assez récents qui ont été apportés à cette affection.

HISTORIQUE

La première description de la fissure anale est due à Boyer qui l'a décrite entièrement avec son syndrome si caractéristique et qui a même indiqué un traitement de cette affection.

Ultérieurement Récamier et Maisonneuve en ont indiqué le traitement chirurgical, qui est resté classique depuis.

D'autres travaux se sont attachés à retrouver sa pathogénie (Allingham, Quénu et Hartman).

En 1897, Doumer indique pour la première fois un traitement médical de la fissure anale: en effet, il préconise l'emploi de la haute fréquence; mais la méthode chirurgicale reste toujours à l'honneur et est toujours employée pour la cure radicale de la fissure.

En 1921, Caïn emploie, pour la première fois, des injections sclérosantes sous-fissuraires; la méthode semble donner de bons résultats mais est abandonnée à cause des fortes douleurs qu'elle provoque. Cette méthode est pourtant employée

avec succès en Amérique par Graham et par Yeomans.

En France la question est reprise par Bensaude, Caïn et Lièvre, qui modifient la technique des injections sclérosantes sous-fissuraires (rapport à la Société médicale des Hôpitaux en 1930), puis Bensaude modifie le liquide à injecter, il emploie d'abord le liquide que Yeomans employait contre le prurit anal, et puis une autre solution anesthésiante en injections périfissuraires.

Parallèlement à ces travaux Leibovici publie des cas guéris par des injections d'une solution de novocaïne (1935).

A. Sicard (1935) aussi préconise un traitement employé par son père : par des injections sous-fissuraires d'alcool, mais ces deux derniers auteurs concluent toujours à la nécessité dans la plupart des cas d'une intervention chirurgicale et ne préconisent leur méthode que comme une méthode d'exception.

D'autres méthodes de traitement sont également préconisées, on modifie la technique de Doumer, on commence à employer de la dilatation diathermique, on emploie la radiothérapie.

En 1934, Rachet reprend la description clinique des fissures.

Déjà Péan et Malassez, Quénu et Hartman signalent l'existence de l'ulcère atone de la commissure postérieure qui est complètement décrit par Bensaude et Rachet (1925).

Mais Rachet reprend la question et classe la fissure anale en différentes formes cliniques, et il indique leurs traitements respectifs, et les indications assez précises de l'emploi de la diathermie monopolaire associée aux méthodes ambulatoires précédemment signalées.

Nous exposons d'abord l'étude clinique, et ultérieurement le traitement de la fissure.

ETUDE CLINIQUE

Nous commencerons par l'étude clinique de la fissure anale, en distinguant bien les trois formes cliniques décrites par Racht.

En fait cette classification s'impose étant donné son importance pour les indications précises du traitement, et comme nous le verrons, les méthodes varieront d'une forme à l'autre.

On peut en effet considérer trois formes principales de la fissure anale :

- I. *La fissure simple.*
- II. *La fissure évoluée.*
- III. *La fissure compliquée.*

I. — La fissure simple

C'est la forme classique de la fissure anale telle qu'on la trouve décrite partout.

Elle est essentiellement caractérisée par le syndrome fissuraire. Il consiste en une vive douleur anale, conséquence de la contracture sphinctérienne. Cette contracture est un élément capital de la symptomatologie.

L'horaire de cette douleur est, en effet, typique. Le début se fait au moment du passage du bol fécal; c'est une sensation de brûlure qui s'atténue au bout de quelques instants pour réapparaître après un intervalle libre et dure de quelques minutes à une demi-heure, parfois toute la journée, puis elle s'atténue progressivement, et réapparaît à la prochaine défécation.

L'intensité de cette douleur est variable, parfois elle peut atteindre un degré tel qu'elle nécessite une piqûre de morphine, ou une intervention d'urgence.

Cette douleur a été comparée différemment à une sensation de fer rouge, à une sensation d'écorchure. Elle est continue mais présente des exacerbations à la toux, aux mouvements. Les irradiations de cette douleur se font au pourtour de l'anus, aux lombes, à la racine des cuisses.

Cette histoire, si typique en elle-même, permet déjà presque de porter le diagnostic qui sera confirmé encore à l'examen.

Celui-ci devra être conduit minutieusement et avec une très grande douceur; la moindre manœuvre de force risquerait, en effet, à déclencher un paroxysme douloureux.

On commencera à mettre le malade en position de genu-cubitale et on écartera les fesses.

Dans un premier temps on notera une contracture anormale du sphincter qui en elle-même déjà est un grand élément de présomption. En appuyant encore avec son doigt, au pourtour de l'anus (surtout aux quatre points cardinaux) on notera une douleur exquise à un point, le plus souvent au raphé postérieur de l'anus, qui en effet est le siège d'élection des fissures anales. Parfois on le trouvera au raphé antérieur et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on le trouvera latéralement. Ce signe de la douleur provoquée en un point précis, alors que tout le reste du pourtour anal est absolument indolore, est un très gros signe de présomption de fissure.

On pourra procéder alors très doucement au déplissement de la muqueuse du raphé postérieur. Les deux pouces étant placés aussi près que possible de l'anus et tirant obliquement vers le dos, on s'apercevra alors d'une petite ulcération dont on ne pourra voir, le plus souvent, que le pôle externe. La manœuvre étant douloureuse on sera obligé de recourir à une anesthésie locale par le badigeonnage, ou par injection périe-anale de novocaïne à 1 %. C'est alors qu'on verra mieux l'ulcération siégeant entre deux plis radiés au pôle postérieur de l'anus. Au premier abord elle semble linéaire, superficielle comme une écor-

chure superficielle, mais en réalité elle prend la forme d'une raquette (quand on arrive à mieux déplisser la muqueuse après injection anesthésiante périfissuraire) à grosse extrémité externe siégeant sur le bord cutanéomuqueux, son extrémité interne effilée (le manche de la raquette) se prolongeant d'un à deux centimètres sur la muqueuse anale.

Le toucher rectal est inutile et douloureux. Quant à l'anuscopie elle ne peut être en général, pratiquée d'emblée, la douleur étant trop intense.

Cette ulcération peut saigner légèrement, d'ailleurs les matières sont parfois, très légèrement, striées de sang.

On a voulu classer ces fissures simples en variétés tolérables et intolérables, d'après l'intensité de la douleur qu'elles provoquent. Il ne nous semble pas que cette classification soit justifiable. L'intensité de la douleur varie d'un malade à l'autre (sans croire pour cela que ceux qui souffrent le plus sont des névropathes). Mais anatomiquement, toutes les fissures à ce stade ne diffèrent pas (jusqu'à nouvel ordre) et leur traitement sera d'ailleurs analogue (même le traitement d'urgence).

L'évolution de cette fissure est variable. Chez certains sujets les douleurs persistent. Ces malades se constipent ou au contraire emploient des pur-

gatifs pour rendre leurs matières liquides (ce qui est loin d'améliorer leur fissure vu la production de l'irritation locale).

Il y a un retentissement souvent assez marqué sur leur état général, et ceci peut aller à un véritable état névropathique (idées de suicide).

Dans d'autres cas, au contraire, la douleur s'atténue. La fissure peut guérir spontanément, et souvent aussi rechuter ou récidiver à étapes plus ou moins éloignées et le malade entre dans la phase suivante de sa maladie qui n'est autre que

II. — La fissure évoluée

Dans cette forme les douleurs à la défécation sont beaucoup moindres. Le malade souffre surtout au moment du passage du bol fécal; mais il n'existe plus ici de la contracture sphinctérienne qui a totalement disparu ou s'est beaucoup atténuée.

A l'examen on peut facilement déplisser la muqueuse anale. On voit alors une ulcération en forme de raquette. Son fond ne saigne plus, il est atone, gris jaunâtre, plus pâle que la muqueuse environnante. Parfois, au contraire, sa couleur se rapproche de celle de la muqueuse environnante, et dans ce cas il faut savoir distinguer l'ulcération de la muqueuse qui l'entoure. Les bords sont

très légèrement épaissis et surélevés. La contraction sphinctérienne est peu accusée (si elle existe). On provoque encore un point douloureux exquis au pôle postérieur. On pourra, dans cette forme, employer l'anuscope, et quoique cet examen soit légèrement douloureux, on verra très nettement l'ulcération.

Cette forme peut résulter, soit de l'évolution spontanée d'une fissure simple (en un laps de temps variable, allant de quelques jours à quelques semaines) qui vieillit, soit d'une guérison incomplète d'une fissure insuffisamment traitée (médicalement ou chirurgicalement).

C'est cette forme qu'on a décrite sous le nom d'ulcère atone de la commissure postérieure. Elle n'a aucune tendance à la cicatrisation et tant qu'on n'aura pas avivé son fond et ses bords elle ne guérira pas.

On a décrit une forme de « fissure triangulaire » faisant suite à la fissure aiguë, avec une tendance à s'élargir, à devenir chronique, tout en gardant ses caractères douloureux. En somme, c'est une forme de transition. Nous ne croyons pas nécessaire d'isoler cette forme-là, ni par ses caractères morphologiques, ni par ses caractères évolutifs, et nous nous contenterons de décrire les formes simples et évoluées.

Il y a aussi des auteurs qui ont classé dans le cadre de l'ulcère atone, toute une série de fissures anales qui présentent un certain nombre de complications et évoluent sans tendance à la guérison. C'est pour cela que nous croyons que la classification en fissure évoluée (Rachet) a sa place. Elle permet d'éliminer de la forme précédente toutes les fissures avec une tendance à la chronicité et la récurrence par les complications qui les accompagnent et qui vont former la ou les formes suivantes de la

III. — Fissure compliquée

On peut voir la fissure accompagnée de plusieurs complications :

a) Les hémorroïdes qui accompagnent la fissure anale peuvent présenter une poussée fluxionnaire ou un prolapsus douloureux.

Il ne faudra pas méconnaître dans ces cas la fissure, en attribuant les douleurs à la poussée hémorroïdaire. Il faudra savoir calmer cette poussée (Radiothérapie) avant d'entreprendre le traitement de la fissure par les méthodes que nous verrons.

Ultérieurement, il faudra traiter les hémorroïdes si on ne veut pas voir des récurrences de la fissure.

b) A côté de cette complication on peut voir la fissure accompagnée à son pôle externe d'une hémorroïde, dont la base en arceau est implantée à ce pôle.

Cette hémorroïde est souvent indurée : c'est le « Sentinel Pile » des auteurs Anglo-Saxons. Cette hémorroïde forme une sorte de capuchon et empêche la cicatrisation de l'ulcération sous-jacente. Elle peut présenter des poussées inflammatoires et tant qu'on ne l'aura pas enlevée, la fissure persistera ou récidivera.

Parfois l'anuscope montre des saillies triangulaires hypertrophiées dont le sommet pointe dans la lumière anale et de couleur blanc nacré; leur consistance cornée les a fait comparer à des dents de chat.

Plus souvent, un petit polype hémorroïdaire en battant de cloche est implanté au sommet interne.

c) Un autre cas peut se présenter. En examinant bien la fissure on peut noter un léger suintement purulent à son niveau. Dans ces cas on peut se trouver en présence, soit d'un tout petit abcès, soit d'une minuscule fistulette qui prolonge le pôle externe de la fissure sous la peau du pli interfessier et qui est recouverte d'un petit pont cutané.

En dépliant la région et en appuyant sur le pôle externe, on fera sourdre une goutte de pus. C'est un signe qui doit toujours faire rechercher la fistule. Pour la mettre en évidence on fera bien d'employer un stylet, qu'on introduira sous le pôle externe de la fissure. Dans ces cas la douleur est souvent en rapport avec la rétention purulente au niveau du petit abcès et elle devient alors continue et pulsatile. D'ailleurs cette rétention est fort rare.

Dans d'autres cas on peut se trouver en présence d'une véritable fistule, siégeant au pôle externe de la fissure ou à un de ses bords. Ces fistules peuvent être plus ou moins profondes et peuvent être extra ou intra-sphinctériennes; pour déterminer leur trajet, il faudra employer parfois les liquides colorés ou même la radiographie après opacification du trajet.

Toutes ces complications peuvent exister isolément ou s'associer les unes aux autres. Il y a une chose qui leur est commune : tant qu'elles existent la fissure ne guérira pas.

Quant à la fissure même, dans la grande majorité des cas elle a l'aspect ainsi que l'histoire clinique de la fissure évoluée (aspect torpide de la lésion, bords légèrement surélevés et épaissis, douleurs peu accusées ainsi que l'absence quasi com-

plète de spasme sphinctérien). Dans d'autres cas, c'est une fissure qui guérit pendant un certain temps mais qui récidive ultérieurement.

A côté de ces trois grandes formes on peut décrire des formes un peu moins fréquentes, et qui ont une importance beaucoup moindre.

On a décrit des fissures multiples, qui siègent non seulement au pôle postérieur, mais un peu partout au pourtour de l'anوس (un véritable éclatement fissuraire de la marge anale). Ces fissures multiples se produisent au moindre traumatisme (passage d'une selle dure, par exemple, ou même au déplissement de la muqueuse à l'examen). Elles sont très superficielles et guérissent très rapidement. Elles ne donnent pas lieu à un syndrome fissuraire typique, tout au plus, le malade accuse quelques petites douleurs en allant à la selle. Ce qu'il y a de particulier à ces fissures, c'est qu'elles se produisent chez des sujets dont le revêtement cutanéomuqueux de la région anale présente un état particulier de fragilité. Elles se voient donc chez des hémorroïdaires, qui présentent soit un prurit anal, soit une irritation continue de la région par un écoulement leucorrhéique (métrite). D'ailleurs, nous aurons à revenir sur cette forme en discutant de l'étiologie de la fissure anale.

On a signalé l'existence de la fissure anale chez les jeunes enfants et même chez les nourrissons.

Dans ce cas on voit des enfants qui sont constipés (sans qu'on trouve aucune autre cause évidente). Ce sont des enfants qui pleurent au moment d'aller à la selle. Il faudra bien rechercher une petite fissure, parfois il faudra utiliser un anoscope pour découvrir cette petite ulcération.

La douleur entretient la constipation et la constipation entretient l'ulcération, d'où création d'un cercle vicieux.

Ces fissures guérissent très facilement par des applications locales de pommades, et on voit rapidement la constipation disparaître.

Etiologie de la fissure anale

On peut distinguer dans l'étiologie de la fissure anale un terrain favorable et des causes déclenchantes.

En effet, la fissure anale apparaît dans la grande majorité des cas, chez les hémorroïdaires : chez qui le revêtement cutanéomuqueux est très fragile. Cette notion est capitale pour la prophylaxie. S'il se surajoute à ces causes un écoulement qui entretient l'humidité de la région, on peut voir une fragilité toute particulière de la muqueuse (voir plus haut).

Les causes déclenchantes sont multiples. Ça peut être le passage d'une selle dure volumineuse chez un constipé (et les hémorroïdaires sont souvent constipés).

Dans d'autres cas la cause est, au contraire, une diarrhée irritante, et cela plus fréquemment qu'on ne le croit.

Les traumatismes par grattage chez des hémorroïdaires présentant du prurit anal, peuvent en être également la cause. Souvent l'accouchement est une cause de fissure.

Enfin, le manque d'hygiène locale est une cause importante, soit que le malade laisse des matières sèches entre des plis radiés, soit qu'il emploie des savons irritants à la soude. L'emploi du papier journal est également nocif. On voit donc l'importance du terrain hémorroïdaire dans l'étiologie de la fissure anale.

Toutes ces notions ont une grande importance parce qu'on aura beau traiter et guérir la fissure elle-même; si on ne supprime pas la cause, si on ne modifie pas le terrain, la récurrence sera certaine. Ces notions permettront également d'établir les règles du traitement prophylactique de la fissure anale.

Le diagnostic de la fissure anale simple est, en général, assez facile. Le syndrome douloureux

avec sa période de latence est assez typique, et l'examen permettra facilement de la reconnaître. Toutefois, il faudra savoir ne pas la confondre avec un certain nombre d'affections anales dont le traitement est différent et ne pas méconnaître son existence quand elle accompagne une de ces affections.

Le diagnostic de la douleur se fera avec :

a) La douleur hémorroïdaire qui est différente de celle de la fissure, elle est en général moins intense (sauf complications, thrombose ou prolapsus). Il y a une exacerbation légère au moment du passage du bol fécal, mais il manque toujours cet intervalle libre et la reprise de la douleur qu'on voit dans la fissure anale, et chose capitale, la douleur est plus diffuse, en couronne, sans point exquis au toucher. Mais il faudra savoir bien chercher la fissure entre les vallées hémorroïdaires, surtout s'il se surajoute un syndrome fissuraire. Dans ce cas le traitement hémorroïdaire simple n'améliorerait pas la douleur et il faudra toujours traiter la fissure d'abord et les hémorroïdes ensuite.

b) La névralgie ano-rectale se différencie de la fissure anale par l'horaire de la douleur qui ne survient pas à la défécation et qui est même parfois calmée par celle-ci. Cette névralgie survient

fréquemment chez des femmes atteintes d'une affection génitale inflammatoire, ou après un traitement pour une affection génitale. Elles peuvent succéder parfois à une fissure guérie. Il faut bien savoir la distinguer de la fissure car son traitement est différent. A l'examen on ne note pas de contracture sphinctérienne et à l'anuscopie on ne trouve aucune lésion.

c) La coccygodynie a un siège différent (coccygienne ou sacro-coccygienne), elle est généralement post-traumatique.

Le diagnostic de l'ulcération sera à faire avec :

a) Le cancer anal se présentant sous forme d'une ulcération, saignant facilement avec une induration caractéristique. Dans les cas suspects, la biopsie seule pourra lever le doute.

b) Le chancre syphilitique, surtout dans sa forme fissuraire, est une exulcération dont la base est indurée, cartonnée, l'adénopathie est caractéristique; enfin, on fera les recherches biologiques (tréponème et réactions sérologiques ultérieurement).

c) Le chancre mou : mais la lésion est moins régulière, parfois multiple, il y a une adénopathie inguinale, la présence du bacille de Ducrey dans la lésion et l'intradermo-réaction au Dmelcos trancheront le diagnostic.

d) L'ulcération tuberculeuse, à bords déchiquetés violacés, décollés, présentant parfois des granulations jaunâtres.

e) On a signalé une anite due à la maladie de Nicolas et Favre : on fera l'intradermo-réaction au Frei si la lésion est suspecte.

f) Les anites gonococciques sont également très douloureuses. Dans ce cas on ne trouve pas de lésions localisées, mais une inflammation diffuse du canal anal et pas de point douloureux électif.

Dans ces deux dernières affections on peut pourtant trouver parfois une ulcération localisée.

Il faut savoir, en outre, que toutes ces affections peuvent être accompagnées d'un syndrome douloureux (surtout le cancer anal).

LE TRAITEMENT

Dans ce chapitre nous étudierons uniquement le traitement ambulatoire des fissures anales, nous n'avons pas ici à nous occuper du traitement chirurgical dont les indications ont été précisées, il y a très longtemps déjà.

Nous allons d'abord étudier les différentes techniques qu'on peut employer et nous le ferons pour chaque variété clinique. Ensuite, nous discuterons les avantages et les inconvénients de ces méthodes en indiquant les résultats obtenus.

Nous étudierons les injections périfissuraires d'une solution anesthésiante, méthode la plus récente et que nous croyons la meilleure. Puis nous aborderons les injections sous-fissuraires d'une solution sclérosante, méthode la première en date mais qui, actuellement, tend à être remplacée par la méthode précédente.

Nous indiquerons ensuite quelques autres méthodes par injection qui ont été préconisées et dont nous n'avons pas d'expérience.

Et pour terminer nous envisagerons rapidement les différentes autres méthodes : électrique ou par radiothérapie, mais qui semblent devoir céder leur place aux méthodes précédentes.

Nous exposerons enfin les traitements qui doivent être associés aux injections dans le cas de fissures évoluées et compliquées pour parachever leur action.

Les injections périfissuraires

Cette méthode a été employée pour la première fois par Bensaude, qui en a fait la communication dans la *Presse Médicale* (oct. 1935). Au début, on a employé le liquide que Yeomans employait pour combattre le prurit anal.

Benzoate de Benzocaïne

Alcool phénylméthylque aa 5 gr.

Huile d'amandes douces 90 cc.

Après des essais multiples avec des produits différents, on s'est arrêté finalement à la solution anesthésiante qui est préparée par M. Lachartre :

Anesthésine 4 gr.

Amino-benzoate de butyl (butesine).. 1 gr.

Alcool benzylique 5 gr.

Novocaïne basique 0 gr. 50

Huile d'amandes douces q.s.p. 100 cc.

à diviser en ampoules de 5 cc., stériliser en chauffant deux fois à 80°.

La solution anesthésiante est faite dans de l'huile pour permettre une action plus prolongée d'un mélange anesthésiant. En effet, une solution aqueuse ne donnerait qu'une action passagère et insuffisante. Si on n'emploie pas cette solution sous la forme de spécialité et si on la fait préparer, il faudra veiller à ce qu'elle soit bien neutre et stérile, autrement on s'exposerait à des accidents d'irritation (douleur, œdème, inflammation) ou d'infection, qui enlèveraient tout son avantage à cette méthode.

On a voulu, *a priori*, considérer ces injections huileuses dans des tissus mal nourris comme dangereuses. Mais la pratique journalière a pu dissiper ces craintes.

Pour injecter cette solution on devra employer une aiguille assez grosse; en outre, on se trouvera bien de l'emploi d'une seringue avec un embout en baïonnette qui permettra des pressions assez fortes sans craindre l'échappement de l'aiguille. Et voilà comment on procédera :

Le malade se trouvant en position genu-cubitale et un aide lui écartant les fesses, on commencera par l'aseptie de la peau de la région anale par de la teinture d'iode. En effet, il ne faut jamais oublier ce point sans quoi on risquerait de s'exposer aux dangers de l'infection avec tous ses inconvénients.

La fissure étant très douloureuse, on procédera à l'anesthésie superficielle par du liquide de Bonin.

Le tampon imbibé de ce liquide sera appliqué immédiatement au pôle postérieur de l'anus. Mais les fissures sont parfois trop douloureuses. On commencera dans ce cas à appuyer son tampon au pôle anal qui se trouve en face de la fissure, dans la plupart des cas le pôle antérieur. Puis une fois que cette partie sera anesthésiée on remontera très doucement avec son tampon dans le canal anal tout en appuyant en avant, on laissera ensuite le tampon au contact du pôle postérieur pendant quelques minutes. A ce moment l'anesthésie sera faite.

Dans beaucoup de cas cette anesthésie est suffisante et on pourra procéder immédiatement à l'injection périfissuraire du liquide anesthésiant. Dans d'autres cas, au contraire, cette anesthésie n'a pas suffi, il faudra alors faire une petite injection avec une aiguille fine d'une solution de novocaïne (1 % ou 1/200). Cette injection sera poussée dans le tissu sous-cutané, elle sera faite en éventail et on piquera la peau à un centimètre et demi ou deux du pôle externe de la fissure sur le pli interfessier. On injectera une petite quantité de liquide, en éventail également, dans les fibres sphinctériennes.

Mais la plupart du temps cette seconde précaution sera inutile (du moins dans la méthode des injections périfissuraires), et on pourra procéder directement à l'injection de la solution huileuse. Pour bien guider son aiguille on introduit son index dans l'anus de façon à sentir le sphincter, puis on piquera la peau du sillon interfessier à un centimètre et demi ou deux du raphé médian postérieur. On dirigera obliquement son aiguille vers le doigt anal et le sphincter, sur la ligne médiane. Il ne faut pas injecter de la solution trop superficiellement (on risque des petites escarres).

Une fois arrivé dans le sphincter, sous la fissure, il faut bien vérifier que l'aiguille n'a pas perforé la muqueuse, car le liquide pourrait soit s'écouler plus tard par cette solution de continuité, soit être directement injecté dans la lumière du canal anal. On n'aurait dans ce cas aucun résultat et il faudrait attendre plusieurs jours avant de pouvoir recommencer. On procédera alors à l'injection d'une partie de la solution sous le trajet de la fissure. Puis on retire légèrement l'aiguille et on la dirige obliquement d'un côté puis d'un autre (en éventail) en injectant en deux fois la partie de la solution restante dans les fibres sphinctériennes.

En retirant l'aiguille on injecte une toute petite quantité sur son trajet sous la peau, sans aller trop superficiellement.

En tout on injecte cinq centimètres cubes (parfois trois seulement chez les femmes ayant de nombreuses hémorroïdes).

Pour terminer, on fera un léger massage du sphincter pour permettre la diffusion du liquide.

Pour savoir si la méthode a été appliquée correctement, on n'a qu'à examiner l'état de la contracture sphinctérienne.

Si la piqûre a été bien faite, on peut obtenir immédiatement une béance complète du sphincter anal.

C'est à ce moment qu'on pourra voir le plus nettement la forme en raquette de la fissure anale.

Aucune précaution spéciale n'est à prendre après l'injection. On prescrira au malade d'appliquer localement des pansements au collargol, ou mieux encore, comme le préconisent certains auteurs (Rachet), une solution huileuse de Vitamine A. On pourra appliquer cette solution soit au pinceau, soit encore par une mèche imbibée, introduite matin et soir dans l'anus.

Ces applications permettent une cicatrisation plus rapide.

On fera revenir son malade au bout de huit jours pour vérifier les résultats, et si c'est nécessaire, on pourra recommencer plusieurs fois, à des intervalles de huit jours.

Les injections sclérosantes sous-fissuraires

C'est cette méthode qui est la première en date. En effet, elle a commencé d'être employée en 1921, par Caïn. A ce moment, on faisait une injection de 3 cc.; la douleur étant très intense, on a dû l'abandonner, quoique on ait continué à l'employer en Amérique. En 1926, Graham a pu communiquer à la Société américaine de Proctologie une statistique portant sur 128 cas traités depuis deux ans par cette méthode et dans laquelle il a eu 77 % de succès.

Cette méthode a été reprise ultérieurement par Bensaude et Caïn qui l'ont modifiée, en injectant des quantités de liquide beaucoup moindres (quelques gouttes en tout), en injections traçantes sous-fissuraires.

Il y a plusieurs descriptions de la technique à suivre. Nous empruntons celle que Rachet indique dans son article sur le traitement de la fissure anale. (*Feuillets du Praticien.*)

Le début de cette petite intervention se fera comme dans la méthode précédente.

On n'oubliera pas ici non plus de bien aseptiser la peau. On commencera également par une petite anesthésie superficielle au Bonin; mais c'est sur-

tout dans cette méthode qu'on devra procéder à une bonne anesthésie préalable avec une solution de novocaïne, comme nous l'avons indiqué dans la première méthode.

Pour l'injection on utilise une solution de quinine-urée à 5 %.

Technique. — « Un aide dépliant l'anus, étalera la fissure anesthésiée, on introduira parallèlement au trajet de cette fissure, *immédiatement au-dessus d'elle*, une aiguille fine qui devra pénétrer dans le tissu sous-muqueux jusqu'à l'extrémité distale de l'ulcération. Puis, en retirant doucement cette aiguille, on injectera goutte à goutte la solution sclérosante tout le long du trajet immédiatement au-dessus de la fissure. Pratiquée sans anesthésie, cette injection déterminera une très vive douleur, en éclair, que les malades comparent à celle que l'on ressent quand, en chirurgie dentaire, on pique un nerf pour l'anesthésier.

Cette réaction est très éphémère puisqu'elle dure de 20 à 40 secondes; elle peut cependant être évitée par les précautions anesthésiques que nous avons décrites.

L'action analgésique de la quinine urée est immédiate, le malade se relève ne souffrant plus, et, dans la majorité des cas cette action est définitive.

La selle qui suit l'intervention est émise sans douleur et en quelques jours la fissure est cicatrisée. Dans quelques cas cependant, il peut y avoir ou action incomplète ou rechute dans les quelques jours qui suivent et il peut être nécessaire de répéter cette manœuvre une à deux fois, chaque fois à 4 ou 5 jours d'intervalle pour obtenir la guérison complète. » (J. Rachet, Feuillet du Praticien.)

Ici également, comme dans la méthode précédente, on emploiera des pansements locaux soit au callargol, soit mieux encore, à la solution huileuse de la Vitamine A.

Voilà comment se présentent les deux méthodes qu'on emploiera pour traiter la fissure aiguë. Ce traitement peut être employé d'urgence devant des douleurs même très intenses, et il n'est nullement besoin de recourir dans ce cas à une intervention chirurgicale.

Ce qui est capital dans ces méthodes c'est qu'elles ne nécessitent aucune préparation préalable, et que dans la plupart des cas elles ne nécessitent aucune immobilisation ultérieure; le jour même de l'injection le malade peut vaquer à ses occupations.

En effet, la cessation de la douleur est immédiate, et ne recommence pas; quant à la cicatrisation de l'ulcération, elle met un temps variable à

se faire. Mais généralement au bout d'une semaine cette cicatrisation est complète. Ultérieurement, on ne constate jamais une cicatrice indurée ou rétractile.

On n'a jamais signalé dans ces méthodes une incontinence sphinctérienne aussi légère soit-elle.

On a cependant signalé quelques petits incidents :

A) On peut voir quelquefois un endolorissement léger de la région anale dans les quelques heures qui suivent, parfois il peut devenir même assez vif; mais il cède généralement à un analgésique banal tel que l'aspirine et à des bains de siège chauds. En tout cas, le lendemain matin, au moment d'aller à la selle, le soulagement est très appréciable, quand le malade n'accuse plus sa crise fissuraire.

On a signalé une insensibilité passagère du canal anal, mais jamais d'incontinence.

B) On a signalé quelques complications :

Dans les jours qui suivent l'injection on a pu noter une fluxion hémorroïdaire douloureuse, avec prolapsus et œdème. La radiothérapie dans ce cas a rapidement supprimé tous ces phénomènes.

Les escarres cutanées semblent dues à une injection trop superficielle (intradermique). Elles sont d'ailleurs très rares.

On a signalé quelques cas d'infection du trajet de l'injection. Dans la plupart des cas (4 sur 5) l'induration a disparu spontanément après la radiothérapie. Une fois (sur 149 cas de Bensaude) l'induration a persisté. On a signalé deux cas où il y a eu lieu d'intervenir chirurgicalement.

On a signalé quelques très rares cas de thrombose hémorroïdaires (des hémorroïdes externes).

On a signalé deux cas d'une induration de la cloison recto-vaginale (dans les fissures antérieures) donnant un cartonnage de la paroi postérieure du vagin. Cette petite complication a disparu d'ailleurs en deux semaines spontanément.

C) Les échecs de la méthode :

Parfois la cicatrisation de la fissure est lente à se produire; dans ce cas, la radiothérapie ou les rayons infra-rouges, associés à la Vitamine A, hâtent cette cicatrisation.

On a vu également, quoique très rarement, des échecs partiels (reprise de la douleur au bout de quelques jours, mais toujours moins intense), qui ont guéri avec une ou deux injections complémentaires.

Si on recommence, il faut se rappeler (voir plus haut) que l'intervalle nécessaire est :

Pour l'huile anesthésiante une semaine,

Pour la quinine-urée trois à quatre jours.

Voilà les deux méthodes principales qu'on pourra employer pour le traitement de la *fissure simple*.

A côté de ces deux méthodes, il en existe plusieurs, soit traitement par des injections autres que celles étudiées, soit des méthodes qui emploient les différents courants électriques, ou encore la radiothérapie.

Nous passerons rapidement sur la description de ces méthodes, étant donné que la valeur de certaines d'entre elles nous est inconnue, et que leurs auteurs ne signalent pas leurs résultats; les autres parce qu'elles ne donnent que des résultats insuffisants et bien inconstants.

On a employé (Denk, de Vienne) des injections de la solution suivante :

Dextrine : 20 grammes.

Glycérine bidistillée additionnée de 10 % d'eau distillée Q.S.P. : 100 cc.

La technique de ces injections est exactement la même que dans les injections traçantes sous-fissuraires de quinine-urée. On injecte la même quantité.

A. Sicard a préconisé une méthode employée par son père. Il injecte un cc. d'alcool à 40° dans le tissu cellulaire sous la fissure et en progressant avec son aiguille parallèlement à elle; au préala-

ble, il a injecté par la même aiguille 2-3 cc. d'une solution de novocaïne à 1 %.

L'auteur considère sa méthode comme un moyen qu'on ne devra employer que quand les malades se refuseront à une intervention chirurgicale. Il dit qu'elle est ambulatoire, et il semble qu'il a obtenu de bons résultats dans les cas où elle a été employée.

Leibovici a préconisé une injection d'une simple solution aqueuse à 1 % de novocaïne. La technique est la même que dans le temps préparatoire à l'injection sclérosante.

L'auteur ne donne pas ses résultats, mais pour Rachet cette méthode serait insuffisante. Les douleurs reprennent quelques heures après l'injection, et la fissure ne guérit pas.

Les traitements électriques sont déjà assez anciens; c'est, en effet, eux qui ont été les premiers procédés non chirurgicaux à être employés dans le traitement de la fissure.

C'est, en effet, Doumer qui, en 1897, a préconisé la première fois l'emploi de la haute fréquence pour le traitement de la fissure. Depuis, cette méthode a subi de multiples modifications.

Ce qu'on peut dire actuellement de l'ensemble de ces méthodes, c'est qu'elles ne donnent pas des résultats constants, et qu'elles sont très longues

(nécessitent de nombreuses séances), et c'est pour cela qu'elles ne peuvent pas trouver une justification de leur emploi; quand il existe une méthode aussi radicale pour guérir la fissure que la dilatation anale, on ne peut la remplacer que par une méthode qui lui est supérieure, ou qui tout au moins donne d'aussi bons résultats qu'elle.

Nous nous bornerons donc juste à signaler ces méthodes sans entrer dans leurs détails.

On peut, outre la haute fréquence, comme Doumer l'a pratiquée (cette méthode étant parfois trop douloureuse), employer de la dilatation diathermique progressive, d'abord avec un pôle anal externe (tampon imbibé d'eau salée), et fait par des électrodes différentes, spécialement conçues, à cet effet (il y en a plusieurs variétés suivant chaque auteur).

Quant à la radiothérapie, quoique dans certains cas elle a pu donner de beaux résultats, il ne semble pas que son emploi isolé soit justifié. Par contre, associée à d'autres méthodes, elle pourra être très précieuse (voir plus loin dans le traitement des fissures compliquées).

Quant à l'emploi de pommades et solutions en applications locales, on ne peut retenir ces méthodes qui ne donnent aucun résultat dans la plupart des cas, et peuvent même être nocives (NO^3Ag exacerbant la douleur).

On pourra pourtant employer quelques produits pour accélérer la cicatrisation de la fissure une fois qu'elle a été traitée par une des méthodes précédentes; comme tel produit signalons le collargol, et surtout la solution huileuse de la Vitamine A qui semble avoir donné à plusieurs auteurs (Rachet, Durand) de bons résultats.

Le traitement de la fissure évoluée

Le traitement de la fissure évoluée est plus discuté que celui de la fissure simple. Et même quelques-uns des auteurs qui préconisent dans la fissure simple l'emploi des injections, tendent à croire que dans le cas de fissures évoluées il faudra avoir recours aux méthodes chirurgicales. D'autres, par contre (Rachet), ne voient le traitement chirurgical que comme un dernier ressort et comme une méthode qui devra être employée tout à fait exceptionnellement, et nous essayerons de démontrer l'exactitude de cette conception.

En effet, un certain nombre de ces fissures guérissent simplement sous les effets de simples injections sclérosantes, sous-fissuraires répétées (80 % des fissures vieilles dans la statistique de Bensaude). Mais un certain nombre d'entre elles restent récalcitrantes à ce traitement, ce qui fait d'ailleurs un de leurs aspects cliniques spécifiques.

Au début de l'emploi des méthodes ambulatoires on disait qu'une fissure à l'anus qui résiste à quatre injections sclérosantes, devra être excisée chirurgicalement (excision triangulaire à base externe). Mais actuellement on peut envisager l'avivement de la fissure par des méthodes différentes. En effet, voilà comment on procède :

On commence par faire l'anesthésie au mélange anesthésiant huileux comme dans les méthodes précédemment décrites (dans ce cas peu douloureux, il est souvent inutile de procéder à une anesthésie préalable au Bonin, et à l'injection de la novocaïne). Puis une fois l'anesthésie obtenue, on procède à l'étincelage par la diathermie monopolaire du fond et des bords de la fissure.

« On emploie la méthode monopolaire sans électrode indifférente. On se sert pour cela d'une électrode active, sous forme d'une simple aiguille non isolée, reliée par un seul fil à la borne d'un générateur à ondes amorties. »

La béance de l'anus est obtenue par l'anesthésie préalable. On approche l'aiguille de l'endroit à coaguler, et alors on voit jaillir une petite étincelle qui scarifie la surface de la lésion, on étincelle toute la surface de la fissure et ses bords.

L'intensité du courant doit être très faible.

Il se forme une escarre blanchâtre qui tombe au bout d'une huitaine de jours, et qui laisse sous elle une surface avivée légèrement saignante qui va cicatriser en quatre semaines environ, aidée par des pommades au collargol (tant que l'escarre persiste) et ultérieurement à la solution huileuse de Vitamine A.

En effet cette méthode reste ambulatoire, le malade pouvant vaquer, dans la majorité des cas, à ses occupations le jour même. Ce n'est que rarement qu'il se produit une réaction œdémateuse autour (avec parfois un prolapsus douloureux) qui nécessite alors un repos de quelques jours. Il semble que dans ce cas ceci soit dû à une coagulation trop étendue et trop profonde.

Dans certains cas, quand un premier étincelage n'a pas été suffisant, on pourra recommencer au bout d'une quinzaine de jours. D'ailleurs, cette méthode à étincelage fractionné est préférable aux méthodes de coagulation plus profonde et plus étendue.

Cette méthode a l'avantage d'être plus maniable que la méthode bipolaire : on peut mieux limiter son action, l'anesthésie locale peut être plus légère et par là, on évite l'injection de grandes quantités d'anesthésique, d'où moindre formation d'œdèmes. Et surtout l'emploi de la méthode bipolaire oblige à aliter son malade.

Les complications dans cette méthode ne sont pas nombreuses.

Parfois on voit apparaître de l'œdème autour de la zone escarrifiée accompagné de douleurs assez vives et qui oblige le malade à garder le lit pendant quelques jours.

Une autre complication est la chute prématurée de l'escarre, qui peut entraîner une hémorragie quelquefois assez abondante. Pour la combattre on fera un tamponnement (on pourra imbiber le tampon avec une solution à l'adrénaline) qui arrêtera rapidement l'hémorragie.

Dans la grande majorité des cas, cette méthode reste quand même une méthode ambulatoire, et presque toujours elle donne de bons résultats, ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on devra avoir recours à l'intervention chirurgicale, excision et non plus dilatation simple.

Elle devra être tentée dans tous les cas.

Le traitement de la fissure compliquée

Dans cette forme, plusieurs cas peuvent se présenter. Nous les envisagerons séparément.

Tout d'abord nous avons vu plus haut que la fissure pouvait se loger, entre deux hémorroïdes internes tumorales, et qu'il fallait savoir ne pas la méconnaître dans ce cas.

Le traitement de cette fissure ne comporte rien de spécial en lui-même, sinon l'obligation dans laquelle on se trouvera de soigner ultérieurement ces hémorroïdes (des injections sclérosantes).

En outre les malades pourront présenter fréquemment une poussée hémorroïdaire douloureuse, avec prolapsus, après l'injection, qui sera calmée par de la radiothérapie. Parfois, d'ailleurs, cette poussée pourra exister dès le début, sans qu'aucun traitement ait été pratiqué.

C'est dans ce cas, que la radiothérapie trouvera ses indications; grâce à elle, on pourra calmer cette fluxion et ce n'est qu'ultérieurement qu'on procédera aux injections périfissuraires, qui seront complétées d'ailleurs par la cure des hémorroïdes par des injections sclérosantes, ainsi que par l'étincelage de toute la fissure et des hémorroïdes.

Une autre complication est la présence d'une « hémorroïde sentinelle », qui entretient l'ulcération sousjacent; on procédera également aux injections périfissuraires, on enlèvera l'hémorroïde sentinelle à sa base par l'aiguille diathermique monopolaire et on procédera ensuite à l'étincelage de toute cette zone de la même manière que dans la fissure évoluée. On devra parfois répéter les séances, de quinze jours en quinze jours; mais l'évolution se fera comme dans la fissure évoluée.

Le même traitement sera appliqué aux excroissances polypoïdes qui pourraient se trouver au pôle supérieur de la fissure.

Fissure anale avec un petit abcès sous-cutané du pôle externe, ou associée à une petite fistulette intrasphinctérienne

Dans tous ces cas il y a un seul traitement. Après avoir fendu le pont cutané qui recouvre le petit abcès, ou après avoir ouvert de la même manière la fistulette, on procédera à l'étincelage de toute la zone atteinte en dépassant les bords.

Souvent le traitement nécessite plusieurs séances, mais il reste toujours ambulatoire, et la guérison s'observe comme dans les cas précédents. La plaie sera assez étendue et il faudra appliquer les jours suivants un pansement comme dans les cas précédents.

En effet, nous ne pensons pas (en se basant sur les observations de la consultation) que : « Dans l'ulcère atone et particulièrement lorsqu'il est compliqué de fistulette avec petit clapier purulent, mieux vaut une excellente intervention chirurgicale que des multiples essais électriques. » (P. Oury, *Concours médical*, déc. 1937.)

Comme nous le verrons plus loin dans les cas que nous avons étudiés, on n'a eu besoin de re-

courir qu'une seule fois à l'intervention chirurgicale.

Le traitement électrique associé aux injections périfissuraires, reste toujours un traitement ambulatoire, et dans l'immense majorité de cas donne des résultats excellents.

On ne peut pas en dire autant des cas de fissure compliquée d'une fistule plus profonde ou ramifiée; dans ce cas il faudra intervenir chirurgicalement, en mettant la fistule à plat, et en excisant toute la zone malade.

Toutes les autres méthodes (désinfection, sclérose, radiothérapie) échouent dans ce cas.

Notre étude a porté sur quarante cas de fissure anale pris au hasard à la consultation de proctologie de l'Hôtel-Dieu.

Là-dessus, il y avait vingt-six cas de fissures évoluées ou compliquées. Trois cas seulement ont été opérés. Deux d'entre eux présentaient une fistule. Nous pouvons donc considérer qu'un seul cas a été un échec.

Quant aux fissures aiguës elles ont toutes guéries par les seules injections anesthésiantes ou sclérosantes.

Ces résultats confirment notre opinion que le traitement ambulatoire de la fissure devrait être entrepris dans tous les cas, même dans le cas de

fissure évoluée ou compliquée (sauf l'exception signalée). Il semble que grâce à l'étincelage monopolaire on a amélioré les résultats antérieurs (sans l'étincelage on avait 20 % d'échecs dans les fissures vieilles).

Ces méthodes ne sont pourtant pas exemptes d'échecs, et nous-mêmes en avons noté un cas. Ils sont cependant très rares.

Nous voyons ainsi que dans la grande majorité des cas le traitement ambulatoire par des injections sous ou périfissuraires, associé à l'étincelage diathermique monopolaire est suffisant. Ce n'est que dans certains cas de poussée aiguë hémorroïdaire qu'on sera amené à calmer la poussée par la radiothérapie.

Quant à la chirurgie, elle n'aura ses indications que dans les fissures compliquées d'une fistule profonde, ou encore dans les cas très rares où toutes les autres méthodes auraient échoué.

Les méthodes diathermiques de dilatation pourraient être employées dans les cas, si rebelles à tout traitement, de névralgies ano-rectales post-fissuraires; mais ceci au fond sort du cadre de notre sujet.

Le traitement des fissures anales de l'enfant se fera par l'application locale de pommades.

On s'abstiendra de cautérisation au NO^3Ag .

Le traitement prophylactique de la fissure anale se confond avec le traitement prophylactique de la récidue, ainsi qu'avec le traitement de fissures multiples récidivantes (« éclatement fissuraire »), qui s'accompagnent de fragilité du revêtement cutanéomuqueux.

Ce traitement découle des considérations étiologiques.

Ces malades sont des hémorroïdaires, il faudra donc traiter leur hémorroïdes (injections sclérosantes, etc.).

Ce sont souvent des constipés, d'où emploi de laxatifs doux (huile de parafine, etc.).

On s'abstiendra de l'emploi de purgatifs qui entretiennent une diarrhée qui ne fait qu'irriter l'orifice anal.

On s'abstiendra également de l'emploi de mucilages qui rendent les selles très volumineuses et, par là, prédisposent aux traumatismes anaux. Surtout que parfois les grains de ces produits (grains de lin par exemple) s'accollent à la surface du bol fécal et traumatisent l'orifice anal.

On proscrira au malade l'emploi de journaux, ainsi que celui de savons à base de soude qui sont irritants.

On essaiera de supprimer la cause de l'écoulement leucorrhéique (soigner les affections des voies génitales).

On essaiera de combattre le prurit anal (traitement des hémorroïdes, injections de la solution de Yeomans, et surtout radiothérapie).

On prescrira au malade une hygiène rigoureuse de la région (bains de siège après chaque selle), avec l'emploi de poudres inertes (talc, etc.).

On a préconisé enfin la crénothérapie pour modifier le terrain hémorroïdaire.

Elle serait utile surtout dans les cas de la fissure évoluée (l'ulcère atone de la commissure postérieure étant considéré par les auteurs comme un véritable ulcère variqueux).

On pourra en effet envoyer ces malades à Bagnoles-de-l'Orne ou à Aix-en-Provence.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici quelques observations pour illustrer les formes cliniques décrites plus haut :

M. B. F., 67 ans. — Vient le 15-10-37.

Vient pour : Eczéma périanal très rebelle.

On se demande s'il y a une lésion entretenant cet eczéma.

A l'examen : Ulcération fissuraire par éclatement du pôle postérieur et surtout petit trajet fistuleux sec mis à plat au bistouri électrique.

21-10-37. — N'a eu aucune réaction douloureuse. Va très bien.

12-11-37. — N'a pas été immobilisé, n'a eu aucune douleur.

3-11-37. — Va très bien.

M^{me} B. S., 36 ans. — Vient le 8-5-36.

Vient pour : Douleur à l'anus depuis deux ans.

Examen : Ulcération au pôle postérieur de l'anus légèrement douloureuse.

Injection de Fissurol (sans novocaïne).

Coagulation : Monopolaire (destruction très large).

La malade est revue le 26-6-36. Va très bien.

M^{me} R. A., 42 ans. — Vient le 19-11-37.

Vient pour des douleurs à l'anus.

Le toucher rectal est douloureux. Ulcération fissuraire évoluée au pôle postérieur.

Très douloureuse mais d'origine ancienne.

On fait une injection de fissurol et novocaïne et coagulation monopolaire avec destruction d'un petit pont cutané.

21-11-37. — Va très bien.

21-1-38. — Va très bien.

C. S., 35 ans. — Vient le 23-3-33.

La malade vient pour hémorragie de sang rouge et écoulement de pus depuis quelques jours.

Rectoscopie. Pas de rectite.

Anuscopie : A deux h. une hémorroïde externe en fin de poussée fluxionnaire.

Grosse comme une olive, encore douloureuse dont la surface présente une zone ulcérée et infectée qui a vraisemblablement motivé la sécrétion purulente.

A traiter actuellement par la désinfection locale et à revoir.

30-3-33. — Ulcération en raquette au pôle postérieur de l'anus.

On fait une injection sous-fissuraire de quinine-urée.

7-4-33. — Ulcération complètement cicatrisée.

M^{me} C. J., 46 ans. — Vient le 16-6-33.

Il existe au pôle postérieur de l'anus une fissure actuellement en voie de cicatrisation dont la première crise aiguë remonte au 19 avril, et qui a cédé spontanément après quelques attouchements de teinture d'iode et une pommade cicatrisante.

Actuellement, quand on déplisse l'anus, on tend à rouvrir la fissure. Pour mettre les lésions à plat, on fait une coagulation superficielle monopolaire.

Il sera probablement utile à la prochaine séance de faire une injection sous-fissuraire pour hâter la cicatrisation.

22-6-33. — Aspect de l'ulcération atone, une injection sous-fissuraire. Grosse réaction immédiate comme dans la fissure aiguë.

30-6-33. — Electro-coagulation d'une fissure atone du pôle postérieur.

6-7-33. — Injection de fissurol. Nouvelle coagulation d'une ulcération qui s'est nettoyée et est beaucoup moins douloureuse.

18-7-33. — Nouvelle coagulation. On fait sauter linéairement les téguments qui recouvrent un long tunnel partant de l'ulcération et qui suppure.

25-8-33. — Nouvelle coagulation.

8-9-33. — La fissure est complètement épidermée. Très bon résultat par coagulation monopolaire.

M^{me} R. H. — Vient le 7-1-38.

Vient pour une fissure déjà traitée par des injections sous-fissuraires. Actuellement muqueuse peu résistante, saigne au déplissement. A mettre à plat si pas de cicatrisation.

14-1-38. — Après anesthésie au fissurol on met à plat une fissure chronique au pôle postérieur. (Qui entretient les douleurs deux heures après les selles.) Et on effondre le petit recessus sous-cutané qui la prolonge.

Cela saigne beaucoup au moment du déplissement de la fissure, après le fissurol.

La coagulation diathermique semble améliorer l'hémorragie.

4-2-38. — Va très bien.

M. V. R., 30 ans. — Vient le 31-3-33.

Vient pour douleurs vives à l'anūs après la selle, une demi-heure, une heure.

Pas d'hémorragie.

Anuscopie. Il existe au pôle postérieur de l'anūs ulcération atone dont le pôle extérieur est recouvert par un pont de muqueuse sous laquelle existe un petit décollement. Et il sourd du pūs à la pression. On essaie de détruire à la coagulation monopolaire le pont pour mettre le recessus à plat.

7-4-33. — Première injection sous-fissuraire. Le malade réagit fortement, douleur extrêmement violente.

Puis le malade se sent beaucoup mieux.

Touché au Ziehl.

27-4-33. — Deuxième injection sous-fissuraire. Touché au Ziehl. Le malade ne souffre plus après la selle, l'ulcération est presque complètement cicatrisée.

RESUME ET CRITIQUE

Telle que se présente la méthode ambulatoire par injections associées ou non à la diathermie monopolaire, on peut dire que c'est une méthode qui devra être employée toujours en présence d'une fissure anale de quelque variété qu'elle soit.

Quelles sont les critiques qu'on pourrait adresser à la méthode.

Les inconvénients sont nuls, les complications sont pour ainsi dire inexistantes.

On aurait pu reprocher à la méthode de n'être pas radicale, et que surtout dans le cas de la fissure évoluée ou compliquée elle n'amène pas la guérison complète et définitive.

Nous avons vu plus haut que ces cas où la guérison était incomplète étaient excessivement rares; nous croyons donc qu'on devra toujours recourir à la méthode ambulatoire avant de confier le malade au chirurgien.

En effet, quoique l'intervention chirurgicale pratiquée soit insignifiante, elle nécessite toujours une anesthésie, et une anesthésie profonde, et aussi rares que soient les inconvénients de l'anesthésie et ses complications, on ne peut les nier.

Le principal inconvénient de la dilatation est l'immobilité forcée du sujet pendant plusieurs jours.

D'autre part, il y a des malades qui craignent l'anesthésie ou l'intervention chirurgicale, quelle bonne méthode donc que celle qui leur évite cette peur, et qui leur permet de vaquer même à leurs occupations.

D'autre part, on a signalé quelques cas d'une petite incontinence pour les gaz. Cette incontinence aussi légère soit-elle n'existe jamais après l'emploi des méthodes ambulatoires.

Dans les cas de fissures évoluées ou compliquées la dilatation simple ne suffit plus, parce qu'elles persisteront malgré le traitement (comme nous avons vu encore récemment un cas à la consultation). Il faudra donc toujours employer l'excision de la région malade, ce qui augmente encore les risques d'incontinence (si on coupe le sphincter).

Il nous semble donc que les méthodes ambulatoires devront remplacer la méthode chirurgicale, comme méthode de choix et celle-ci ne devra être employée que tout à fait exceptionnellement.

Quelle méthode devra-t-on préférer? La méthode des injections sclérosantes sous-fissuraires, ou la méthode des injections anesthésiantes périfissuraires.

Théoriquement la méthode des injections sclérosantes est préférable (rôle cicatrisant de la sclérose par la quinine-urée), mais elle demande une technique un peu plus difficile, parfois douloureuse, et les résultats semblent aussi beaux avec l'autre méthode.

Quant à la diathermie dilatatrice et la radiothérapie, nous avons vu plus haut ce qu'il faut en penser.

Certains auteurs emploient la méthode bipolaire pour enlever les hémorroïdes, ou pour coaguler la surface de la fissure, en cas de fissures compliquées ou évoluées.

Nous pensons avec notre maître Rachet que mieux vaut employer la monopolaire, étant donné la facilité avec laquelle on peut doser son effet.

On se met ainsi à l'abri de surprises désagréables, telles que des escarres trop profondes, et des réactions opératoires trop intenses.

CONCLUSIONS

I. — On peut distinguer trois variétés cliniques principales de la fissure anale :

a) La fissure simple, la fissure classiquement décrite;

b) La fissure évoluée, ou ulcère atone de la commissure postérieure;

c) La fissure compliquée.

II. — Nous avons des méthodes de traitement ambulatoire à notre disposition qui devraient être essayées dans tous les cas, à savoir :

a) Les injections périfissuraires d'une solution huileuse anesthésiante, ou les injections sclérosantes sous-fissuraires, employées seules dans les fissures simples;

b) La diathermie monopolaire associée aux précédentes méthodes qui devra être utilisée en cas de fissures évoluées ou compliquées.

III. — Les autres méthodes ambulatoires peuvent être essayées, mais il ne faut pas escompter d'elles des résultats constants.

IV. — La chirurgie ne devrait être employée qu'en cas de fistule profonde compliquant la fissure, ou dans les cas tout à fait exceptionnels où toutes les autres méthodes auraient échoué. Dans ce cas il faudra employer la dilatation avec excision triangulaire et non plus la dilatation simple.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU

Vu le Président :

CARNOT

Vu et permis d'imprimer,

Le recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Bensaude (R.). — Le Traitement de la fissure anale par des injections périfissuraires. (*Presse Médicale*, n° 85, 23 oct. 1935, p. 1659.)

Bensaude (R.) et (A.). — Traitement de la fissure anale. (*Le Monde Médic.*, 1^{er} août 1937, p. 803.)

Bensaude, Cain et Lièvre. — Traitement des fissures anales par les injections locales de quinine et d'urée. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 3^e série, XLVI, n° 1, 10 janv. 1930.)

Blaisdelle (P.). — Pathogenesis of anal fissure as to treatment. (*Surg. Gynec. and Obst.*, nov. 1937, p. 673.)

Cambiès. — Nouvelle méthode de traitement des fissures et des sphinctéralgies anales par la dilatation diathermique progressive. (*Umfia*, n° 46, avril 1930, p. 322; *Concours Médical*, 10 août 1930, p. 2459.)

Catheart (F.). — Constipation in breast-fed infants caused by anorectal fissure. (*Journ. of Ped.*, vol. 4, n° 3, March. 1934, p. 366.)

- Durand et Boisleard.* — Technique de traitement des affections de la région anorectale. (*Méd. Français*, n° 8, 15 avril 1930, p. 145.)
- Filippi.* — Les traitements médicaux actuels de la fissure anale. (*Echo méd. du Nord*, n° 30, 26 juillet 1936, p. 225.)
- Hirschman (L.).* — Anorectal pain and its clinical significance. (*Journ. of the Am. med. Assoc.*, n° 5, 3 february 1934, p. 348.)
- Howitt (F.).* — Treatment of anal fissure and spasm by diathermie. (*Brit. medic. Journ.*, 1 june 1930, p. 1168.)
- Leibovici.* — Un traitement simple de la fissure anale. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 16, 18 avril 1935, p. 349.)
- Marchand (J.-H.).* — Le traitement électrique des hémorroïdes. (*Cahiers de Radioscopie* (Suppl. de la *Gaz. Méd. de France*), n° 1, 1^{er} janvier 1930, p. 11.)
- Masselin (C.).* — Névralgies ano-rectales secondaires aux affections génitales. (*Thèse*, Paris, 1930.)
- Meissl.* — Bericht über zehn Jahre Fissanal-therapie. (*Wien. medc. Wochenschr.*, n° 48, 27 nov. 1937, p. 1261.)
- Muller (P.).* — Les fissures anales et leur traitement. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 17, 26 avril 1928, p. 330.)

- Oury et Facquet. — Fissure anale et ulcère atone de la commissure postérieure. (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1933, p. 784.)
- Oury (P.), Larmurier (X.) et Gobny (M.). — La fissure anale, aspects cliniques et thérapeutiques. (*Concours Médical*, n° 52, 26 décembre 1937, p. 3655.)
- Rachet (S.). — Le traitement médical des fissures anales. (*Paris Médical*, n° 14, 7 avril 1934, p. 292.)
— Le traitement médical des fissures anales. (*Concours Médial*, 19 août 1934, p. 2329.)
— Traitement des fissures anales. (*Feuillets du praticien*, n° 22.)
- Sicard (A.). — L'alcoolisation dans le traitement de la fissure anale. (*Presse Médicale*, n° 61, 31 juillet 1935, p. 1227.)
- Suresh Chandra Das Gupta. — Anal fissures and fistulae. (*Calcutta Medical Journal*, n° 7, january 1934.)
- Toubiana. — Thèse de Paris (1928).
- Tourneux (M.-J.-P.). — Fissure à l'anus. (*Concours Médical*, 21 novembre 1926, p. 2997.)

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné - Paris
